



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TEMA:

**CONOCIMIENTO DE LOS MAESTROS SOBRE EL TRASTORNO DE
DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDHA)**

*Tesis previa a la obtención de los títulos de
Licenciada en Psicología Educativa en la
Especialización de Educación Básica y*

*Licenciada en Ciencias de la Educación en la
Especialización de Psicología Educativa,
respectivamente*

AUTORAS: Ruth Catalina Carchi Calé
Nelly Catalina Paltin Berrezueta

TUTORA: Magíster Mónica Eliza Aguilar Sizer

Cuenca-Ecuador

2014



RESUMEN

Existe una gran cantidad de información sobre el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), pero la escasez de estudios, específicamente acerca del conocimiento que los maestros tienen sobre el TDAH, constituye el objetivo principal de este estudio cuantitativo a nivel descriptivo.

Para esta investigación se aplicó la encuesta “Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (KADDS)” la que evalúa tres áreas: Conocimientos generales, Síntomas y Diagnóstico y finalmente el Tratamiento. Los resultados arrojaron un porcentaje medio de aciertos del 39%, 55%, 36%, respectivamente. La encuesta fue aplicada a los maestros y maestras de la Escuela Luis Cordero Crespo de la ciudad de Cuenca de la parroquia San Blas. Los datos se procesaron empleando los programas Excel y SPSS versión 20. El estudio permitió conocer que los maestros y maestras tenían significativamente más conocimientos en la escala de Síntomas y diagnóstico, que en las áreas de Conocimientos generales y Tratamiento. Estos datos son consistentes con los aportes de Sonia Jarque y sus colaboradores, estudio en el que se basa esta investigación. Además, al aplicar las encuestas se pudo constatar la falta de interés que tienen los maestros para capacitarse sobre el TDAH, y las ideas equivocadas que poseen sobre este trastorno.

PALABRAS CLAVES

Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, Encuesta, KADDS, Conocimientos Generales, Síntomas, Diagnóstico, Tratamiento, Autoeficacia.



ABSTRACT

There is a lot of information about Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), but a lack of studies, specifically about teachers' awareness of ADHD, has led us to conduct this research quantitative descriptive study.

For this study, the survey called "Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (KADDS)" was applied. It evaluates three areas: general knowledge, symptoms and diagnosis, and treatment; the results showed an average rate of 39%, 55%, and 36% respectively; the survey was conducted to the teachers of Luis Cordero Crespo school, located in San Blas, in the city of Cuenca. The data was processed by using Excel and SPSS software, version 20. This study concluded that the teachers were significantly more aware of such disorder in regard to its symptoms and diagnosis than in the other two areas. These data are consistent with the contributions of Sonia Jarque and her colleagues, whose studies our research is based on. Furthermore, while conducting the survey, it was possible to perceive a lack of interest by the teachers in training on ADHD as well as several misconceptions they have.

KEYWORDS

Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Kadds Test, General knowledge, Symptoms, Diagnosis, Treatment, Self-Efficacy.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	1
RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	4
CLÁUSULA DE DERECHOS DE AUTOR.....	6
AGRADECIMIENTO.	10
DEDICATORIA	11
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO I.....	14
1. IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO DE LOS MAESTROS SOBRE EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)	14
1.1 Por qué es importante que los maestros conozcan sobre el TDAH	15
1.2 La Autoeficacia percibida	16
1.3 Programa de Formación continua del Magisterio Fiscal del Ecuador.....	17
1.3.1 Curso de Inclusión Educativa:.....	17
CAPÍTULO II.....	20
2. HISTORIA DEL TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (<i>TDAH</i>).....	20
2.1 Conceptos del TDAH.....	22
2.2 Síntomas del TDAH.....	23
2.2.1 Criterios para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, según el DSM IV:	24
2.2.2 Criterios para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, según el DSM I:.....	25
2.3 Tipos de TDAH	26
CAPÍTULO III.....	28
3. MANIFESTACIONES DEL TDAH	28
3.1 Manifestaciones relacionadas con la falta de autocontrol motor y la impulsividad	28
3.2 Manifestaciones relacionadas con la falta de atención y la memoria de trabajo	28
3.3 Manifestaciones relacionadas con la baja tolerancia a la frustración y el deseo de reconocimiento.....	29
3.4 Manifestaciones relacionadas con la capacidad de organización y planificación	30
3.5 Manifestaciones en relación con los compañeros.....	30



3.6 Factores de riesgo del TDAH	31
3.7 Factores o situaciones que no causan el TDAH	31
3.8 Diagnóstico del TDAH	32
3.8.1 Diagnóstico diferencial:	35
3.8.2 Diagnóstico neuropsicológico:.....	36
3.9 Tratamiento del TDAH.....	37
3.9.1 Tratamiento terapéutico:	37
3.9.2 Tratamiento neuropsicológico para el TDHA:.....	39
3.9.2.1 Neurotransmisores	40
3.9.3 Tratamiento farmacológico:.....	41
CAPÍTULO IV	44
4. INVESTIGACIÓN DE CAMPO	44
4.1 Análisis demográfico	44
4.1.1 Participantes:	44
4.1.2 Procedimiento:	45
4.1.3 Análisis de datos:.....	45
4.1.4 Instrumentos:	45
4.2 Análisis de resultados.....	46
4.3 Resumen de resultados.....	48
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	52
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....	53
ANEXOS.....	55



CLÁUSULA DE DERECHOS DE AUTOR



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, *Nelly Catalina Paltin Berrezueta*, autor/a de la tesis "*Conocimiento de los Maestros sobre el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDHA)*", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de *Licenciada en Ciencias de la Educación en la Especialización de Psicología Educativa*. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor/a

Cuenca, 10 de septiembre de 2014

Nelly Catalina Paltin Berrezueta

C.I: 0103211967



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Nelly Catalina Paltin Berrezueta, autor/a de la tesis "Conocimiento de los maestros sobre El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 10 de septiembre 2014

Nelly Catalina Paltin Berrezueta

0103211967



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, *Ruth Catalina Carchi Calé*, autor/a de la tesis "CONOCIMIENTO DE LOS MAESTROS SOBRE EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDHA)", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de *Licenciada en Psicología Educativa en la Especialización de Educación Básica*. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor/a

Cuenca, 10 de septiembre de 2014

Ruth Catalina Carchi Calé

C.I: 0103222428



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Ruth Catalina Carchi Calé, autor/a de la tesis "Conocimiento de los maestros sobre El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 10 de septiembre de 2014

Ruth Catalina Carchi Calé

0103222428



AGRADECIMIENTO.

El desarrollo de esta tesis es gracias al esfuerzo de varias personas a quienes debemos expresar nuestro más sincero agradecimiento.

A la Economista Catalina Mora, quien con su apoyo, paciencia y dedicación guio de manera permanente la realización de esta tesis. Gracias por habernos enseñado a superar nuestros miedos, por los consejos para nuestra superación tanto académica como personal.

A la Master Mónica Aguilar, por el apoyo para el desarrollo de la tesis guiándonos con sus conocimientos.

A las autoridades de la Institución Educativa que permitieron que este estudio se lleve a cabo en su institución. A los maestros por regalarnos su valioso tiempo y brindarnos información útil para esta investigación. A nuestros familiares por el apoyo brindado.

Finalmente, a las autoridades de la Facultad de Psicología y a la Universidad de Cuenca.



DEDICATORIA

Dedico esta tesis primero a Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos obtenidos y los fracasos superados.

A mi madre y a mi padre por acompañarme en mi trayecto de vida, sus valiosos consejos me han guiado para culminar mi carrera profesional.

A mis hijos Kevin, Omar y Mateo, mi motor para seguir adelante, gracias por su tiempo cedido generosamente para poder cumplir esta meta.

A mis abuelitos Esther y Luis, quienes ya no están conmigo, pero compartirían muy felices este logro.

A mis hermanos Irma y Bryan, por el apoyo brindado y por estar junto a mí cuando más los necesito.

A toda mi familia, por su apoyo incondicional.

A Santiago, quien poco a poco se fue convirtiendo en un apoyo para culminar mi carrera profesional.

Ruth Catalina Carchi Calé



DEDICATORIA

Dedico esta tesis con mucho cariño a toda mi familia y en especial a mis padres y hermanos, quienes me motivaron y apoyaron incondicionalmente para que yo pudiera lograr este objetivo.

A mi esposo por su paciencia y comprensión, por sacrificar su tiempo y el nuestro para cumplir este propósito. Su bondad y sacrificio me han inspirado a ser mejor cada día, gracias por estar a mi lado.

A mis hijos quienes son la razón principal de mi superación. Gracias a su apoyo y su tiempo he cumplido esta meta.

Nelly Catalina Paltin Berrezueta



INTRODUCCIÓN

El TDAH es uno de los trastornos infantiles más frecuentes; se estima su prevalencia entre un 3% a 7% de los niños en edad escolar (American Psychological Association, 2000), de ahí la importancia que los maestros conozcan el tema, puesto que son ellos los primeros en tener contacto y detectar un posible TDAH, debido a que es en la escuela donde el niño pasa la mayor parte de su tiempo en situaciones que exigen atención, seguimiento de órdenes y control conductual en las cuales los síntomas se hacen observables.

Esta investigación contempla cuatro capítulos que son:

El Capítulo I expone la importancia del conocimiento de los maestros sobre el TDAH y aborda temas como: la autoeficacia percibida y el estado actual del programa de formación continua del Magisterio Fiscal del Ecuador y su curso de inclusión educativa.

El Capítulo II revisa el tema del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, su historia, conceptos del TDAH según varios autores, tipos de TDAH según el DSM-IV.

En el Capítulo III, se abordan los síntomas del TDAH, sus manifestaciones, factores de riesgo, el diagnóstico, y los diferentes tipos de tratamiento.

En los Capítulos II y III la investigación es netamente bibliográfica.

Finalmente, en el Capítulo IV se describen los resultados de la aplicación de la Encuesta (KADDS) con respecto al conocimiento que tienen los maestros y maestras de una institución educativa de nuestra ciudad, sobre el tema del TDAH.



CAPÍTULO I

1. IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO DE LOS MAESTROS SOBRE EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Davini (1997) indica que el maestro debe buscar su continuo crecimiento profesional. Para un buen desempeño en su quehacer educativo el maestro tiene que pensar en enriquecer su acervo profesional y los fundamentos de su conocimiento, destrezas, métodos educativos y pedagógicos. A mayor educación del maestro, mayores serán los beneficios en el proceso de desarrollo educativo y cognitivo de sus alumnos. Por lo tanto, mientras mayor es el conocimiento de los maestros en general y sobre el TDAH en particular, mayor será el beneficio para los niños que lo padecen.

Freire (1993) manifiesta que el maestro no debe dejar a un lado lo que el estudiante trae consigo de su comprensión del mundo, su manera de hablar, su manera de contar, calcular, sus saberes en torno a su mundo, su religiosidad, sus saberes en torno a la salud, el cuerpo, la muerte, el sexo, los conjuros, el ambiente, la tecnología, y también su problemática familiar y personal.

El maestro debe auto reconocerse como un estudiante de por vida, capacitándose para las diferentes necesidades de sus alumnos mediante cursos de educación continua, talleres, posgrados; realizando investigaciones de las prácticas docentes; diseñando currículos, estimulando el uso de la tecnología, y en este caso, capacitándose sobre el TDAH cuando presuma que uno o varios alumnos lo padezcan.

Desde este punto de vista, según esta investigación lo evidencia, los maestros tienen escasos conocimientos sobre el TDAH, ya que han contestado correctamente a menos de la mitad de los ítems del KADDS.

A partir de la revisión de las preguntas, se concluye que el conocimiento de los maestros con respecto al TDAH es mayor en Síntomas y Diagnóstico que en Conocimientos Generales y Tratamiento; estos datos coinciden con este



estudio en el que el 55% de las respuestas contestadas correctamente se ubican en el área de Síntomas.

En cuanto a la formación que los maestros han recibido sobre el TDAH, 16 de 30 maestros han recibido poca capacitación sobre el tema. Más de la mitad de los maestros en su vida profesional han convivido con niños que tienen TDAH pero como la mayoría no están capacitados en el tema no conocían cómo tratar este trastorno; en consecuencia, el maestro al desconocer el TDAH y sus implicaciones interpreta la conducta del niño como intencional o bien se limita a culpar y señalar a los padres como posibles responsables.

1.1 Por qué es importante que los maestros conozcan sobre el TDAH

Es importante que los maestros conozcan sobre el TDAH por las siguientes razones:

- Para evitar que el niño sea etiquetado como inquieto, molesto, desobediente, olvidadizo, vago, despistado, etc. por parte de los maestros, padres de familia u otros individuos.
- Para que puedan diferenciar entre las conductas normales de un niño y cuando estas lleguen a ser patológicas.
- Para que puedan guiar de forma eficaz a los padres de estos niños a conseguir ayuda rápida y oportuna.
- Para que los maestros conozcan cómo enseñar contando con la diversidad.
- Para que el niño o los padres no se escuden en el trastorno, evitando realizar eficazmente ciertas actividades, sino miren al TDAH como una oportunidad para buscar ayuda.

El maestro debe evitar el aislamiento, la etiqueta, y la falta de tolerancia hacia sus alumnos con necesidades educativas especiales, debido a que estos factores marcan la vida del individuo que lo padece durante toda su vida.

El docente debe comprender que como educador del siglo XXI es responsable de su autoformación, autodesarrollo, autoaprendizaje, y como un ser humano



que trabaja para la formación de otros seres humanos, también debe favorecer el desempeño de todos sus alumnos, incluso si esto implica adaptarse a las necesidades propias de cada niño.

1.2 La Autoeficacia percibida

Bandura (1986) define a la autoeficacia percibida como “Los juicios de cada persona sobre sus capacidades para organizar y ejecutar juicios de acción que le permiten alcanzar el rendimiento deseado”, además habla de cuatro elementos principales que influyen en la autoeficacia percibida de una persona y que son: las experiencias anteriores, las experiencias vicarias (se refiere a las sensaciones que se viven a través de las experiencias de otras personas), la persuasión verbal (motivar a alguien a compartir ideas similares) y las reacciones fisiológicas que experimenta cuando realiza la tarea.

Para que un maestro se sienta capaz de ayudar a un alumno con TDAH, no solo es necesario que esté preparado académicamente, sino que haya tenido experiencias anteriores y actuales con estos niños para así poder ayudarle a mejorar su rendimiento académico.

Por otro lado, Friedman y Kass (2002) afirman que en el caso de los maestros, para que aumente su autoeficacia percibida, es necesario que creen que pueden influir en las conductas de sus alumnos y en su rendimiento académico.

Ford (1992) manifiesta que las creencias de autoeficacia pueden influir de forma positiva en la formación de los maestros para implicarse con éxito en sus labores docentes.

En la encuesta del KADDS más del 50% de los maestros manifiestan conocer sobre el TDAH, pero al obtener los resultados de dicha encuesta, un porcentaje igual desconoce del tema y sus implicaciones, demostrando de esta forma que muchos de ellos afirman conocerlo, pero sus respuestas evidencian



lo contrario, por lo que la autoeficacia percibida de los maestros encuestados va a la par con la formación que ellos han recibido sobre el TDAH.

1.3 Programa de Formación continua del Magisterio Fiscal del Ecuador

1.3.1 Curso de Inclusión Educativa:

La UNESCO (2005), señala que la inclusión educativa involucra cambios y modificaciones en contenidos, enfoques, estructuras y estrategias, con una visión común que incluye a todos los niños y niñas del rango de edad apropiada y la convicción de que es responsabilidad del sistema educativo regular educar a todos los niños y niñas.

Este curso integra el programa de formación continua del Magisterio Fiscal del Ecuador, que el Ministerio de Educación desarrolla a partir del año 2008, y ha sido incluido para ser abordado con los maestros y maestras de todos los niveles de educación.

Los principales objetivos de este curso son:

- a) Sensibilizar a los maestros y maestras en el tema de inclusión educativa, al reconocer y analizar sus propias percepciones sobre su rol como maestros y maestras y sobre la diversidad de sus estudiantes, y como estas se manifiestan en su práctica docente.
- b) Favorecer en los maestros y maestras la aplicación y creación de acciones para incluir a los estudiantes con necesidades educativas especiales de forma respetuosa y eficaz en el aula, con énfasis en la función de socialización de la escuela.
- c) Familiarizar a los docentes con el principio Educación para Todos de la inclusión educativa que compromete a los maestros y maestras en la tarea de reconocer, respetar y valorar la diversidad en los estudiantes sin exclusión de ninguna clase por causa de ella, en el marco de la educación de calidad. (Marcela Santos J, 2009).

Actualmente se continúa dictando este curso a los docentes, el que no es de carácter obligatorio sino voluntario. Además, la Dirección de Educación toma



cinco escuelas por Distrito de acuerdo a las necesidades que presenten; dichos planteles envían un delegado para la capacitación, quien será el encargado de capacitar posteriormente a los miembros de la institución que representa. Esta capacitación consiste en Inclusión Educativa y Cultura Inclusiva, la que se divide en dos módulos, el primero trata sobre Proyecto Educativo Institucional y el segundo sobre Estrategias Pedagógicas y Necesidades Educativas Especiales.

Por otro lado, cuando en la escuela se presenta un niño con problemas de aprendizaje, es remitido a las UDAI (Unidad de Atención Integral), las que se encargan de realizar la evaluación y elaboración de un informe, pero la recuperación, que está a cargo del maestro y de los padres de familia, se limita únicamente a clases de nivelación, control y seguimiento de tareas, de ahí la importancia de que el maestro se encuentre preparado para asumir los nuevos retos que implican los diferentes problemas de aprendizaje, considerando incluso el TDAH.

De igual manera, el Ministerio de Educación posee un programa llamado SiProfe desde el año 2008, el que está encargado de organizar los cursos de formación continua para docentes del magisterio fiscal.

En el año 2010, 108 000 docentes tomaron al menos un curso. Muchos siguieron dos y más. La política del Ministerio de Educación es ofrecer por varias ocasiones cada curso, hasta que se cubra la demanda de los docentes.

Es importante recalcar que aunque el Ministerio de Educación trabaja en proyectos de capacitación a los docentes, estos no son obligatorios, por lo que tienen escasa participación de los maestros; sin embargo, a diferencia de años anteriores en los que los cursos eran asistenciales, hoy en día son de aprobación y con su respectiva calificación.

Para el presente estudio es importante conocer cómo el Ministerio de Educación capacita a los docentes para enfrentar los diferentes retos que



tienen lugar en el aula de clase. El Ministerio de Educación no considera al TDAH ni alguna otra dificultad del aprendizaje como temas para cursos de capacitación a los docentes. Sumado a este inconveniente, los maestros no tienen interés por auto educarse en temas como el TDAH, lo cual hace más difícil el diagnóstico y tratamiento oportuno de los niños que lo padecen, dejando únicamente en manos de los padres la solución a este problema, razón por la que tienen que buscar fuera de la institución educativa apoyo para superar este trastorno.



CAPÍTULO II

2. HISTORIA DEL TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (*TDAH*)

Este trastorno fue descrito por primera vez hace más de un siglo. Existen referencias históricas de niños con síntomas de lo que hoy llamamos TDAH, que datan de 1865 y fueron descritos por el alemán Heinrich Hoffman. En 1902 los Británicos George Stilli y Alfred Tredgold hicieron las primeras descripciones rigurosas y científicas, ubicadas en el real colegio de médicos. Stilli descubrió a 43 niños de su consulta que tenían problemas serios para mantener la atención. Stilli creía que estos niños tenían un “defecto de control moral” ya que no podían controlar sus acciones para seguir unas normas que conducían al bien común. Stilli vio que algunos niños habían adquirido este problema tras una enfermedad cerebral aguda. En 1917-1918 en Estados Unidos hubo un brote de encefalitis epidémica por el virus de la influenza. Hubo una serie de descripciones de niños que habían sobrevivido a esta infección viral, pero que presentaban como secuela conductual y cognitiva un cuadro caracterizado por retraso mental, hiperactividad e impulsividad similar al descrito por Stilli. Algunos tenían síntomas que los llamaríamos trastornos negativistas desafiantes y que ellos los llamaron “Trastorno conductual post encefalítico”. Esta fue la primera relación entre un daño cerebral y un cuadro conductual caracterizado principalmente por la hiperactividad. Tras estos problemas se empezaron a estudiar las secuelas conductuales de otras lesiones cerebrales como las perinatales y otras infecciones del sistema nervioso central, como la toxicidad por plomo, epilepsia y traumatismo cráneo encefálico. En muchos de estos niños se encontraron síntomas de TDA por lo que en la década de 1930 a 1940 cobró fuerza el concepto de “Síndrome de Daño Cerebral”. En los niños con formas más leves de hiperactividad el problema se atribuía a las malas prácticas educativas de los padres, a que eran sobreprotegidos, o que vivían en ambientes familiares con delincuencia o pobreza; el culpar a los padres por el problema del niño aún sigue vigente en pleno siglo XXI.



En 1937 y 1941, Bradley publicó sus artículos sobre el tratamiento de niños con trastornos conductuales con derivados de anfetamina, y describió la importante mejoría en los síntomas de hiperactividad y los problemas conductuales. En la década de 1950 y 1960 se crearon los términos “Daño Cerebral mínimo y Disfunción Cerebral mínima” (consistente en un deterioro neurológico). Ya se habían descrito los problemas conductuales y cognitivos en los niños que sufrían el síndrome de daño cerebral; sin embargo, había niños con síndrome de TDAH en los que no había o no se podía detectar un antecedente claro de un daño cerebral por lo que se supuso que el daño había sido mínimo pero tenía sus consecuencias. En 1950 se llamaba “Trastorno Hiperkinético impulsivo” que más tarde pasó a llamarse “Síndrome Hiperkinético” (caracterizado por una excesiva actividad muscular “hiperactividad” tal como agresividad, intranquilidad y actividad destructiva).

En la década de 1960 se describe el “Síndrome del niño Hiperactivo”. En esta década en EEUU cambiaron el foco de atención de Daño cerebral y disfunción cerebral mínima al síntoma más característico del trastorno, la Hiperactividad. En 1968, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM II se describía la “Reacción hiperkinética de la infancia” como un trastorno evolutivo benigno caracterizado por el exceso de velocidad, inquietud, distractibilidad, y poca capacidad de atención, especialmente en niños pequeños, síntomas que generalmente disminuían al llegar a la adolescencia.

Para el año de 1980 el TDAH es el trastorno psiquiátrico mejor estudiado en niños en los EEUU, el DSM III cambia el nombre de “Reacción Hiperkinética de la Infancia” por “Trastorno de Déficit de Atención” (con o sin hiperactividad) poniendo más énfasis en la inatención y la impulsividad. En este mismo año se intentó definir mejor los subtipos del TDAH, basándose en la presencia o no de la hiperactividad.

En 1990 los conocimientos sobre el TDAH fueron creciendo. Hubo avances en la neuro imagen y la genética del TDAH que apoyaban aún más su origen



biológico; se describe el TDAH en adultos y en muchos otros países además de EEUU, Canadá y Reino Unido; rompiendo así el mito de que era un problema de EEUU y países anglosajones.

En 1994 en el DSM IV, al síndrome se lo llama “Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad” (Soutullo, 2007).

2.1 Conceptos del TDAH

Según Estrella Joselevich el AD/HD puede ser definido como un trastorno de base neurobiológica que se manifiesta por grados inapropiados de inatención, hiperactividad e impulsividad.

Inatención: Falta de atención a los detalles en los diferentes ámbitos.

Hiperactividad: Movimiento permanente y constante.

Impulsividad: Reacciones inmediatas e interrumpidas.

Para la Sociedad Americana de Psicología el TDAH es un síndrome o agrupación de síntomas que se manifiestan en diferentes estructuras de la personalidad, es decir, en la organización psíquica del niño/a, a partir de la interacción entre sus competencias y el entorno desde el inicio de la vida. No tiene una causalidad determinada y los factores etiológicos que hay que considerar son múltiples: sociales, familiares, psicológicos y biológicos. Los principales síntomas son la hiperactividad, el déficit de atención y la impulsividad, y aunque habitualmente coexisten en grado mayor o menor los tres síntomas, hay patrones en los que no existe uno de ellos. Es un trastorno neuropsicológico del desarrollo que se caracteriza por: Inatención, Hiperactividad, Impulsividad. Se observa alteración para seguir una actividad gobernada por reglas, o bien para seguir una *performance* de trabajo, planificando y organizando una actividad (Mabres, 2012).

El TDAH es una dificultad compleja, porque define una alteración en la función atencional, en la mayoría de los casos acompañada por hiperactividad e impulsividad generando entonces una desorganización conductual y cognitiva;



no está asociado directamente con un CI bajo. Pertenece al grupo de trastornos del aprendizaje (Navarte, 2008).

El (DSM IV) incluye al TDA dentro de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador; y le define de la siguiente forma:” El Trastorno por Déficit de Atención es un patrón persistente y frecuente de falta de atención e impulsividad inapropiada para el grado de desarrollo, con o sin hiperactividad”. También agrega el DSM IV que el TDA participa en los trastornos de aprendizaje y puede influir en la conducta del niño cualquiera sea su nivel cognitivo.

Según Cesar Soutullo Sperón y Azucena Díez Suárez, el TDAH generalmente se define como un patrón mal adaptativo y desproporcionado para la edad del niño de síntomas de hiperactividad, impulsividad y/o inatención, presentes generalmente antes de los 7 años de edad del niño, en más de un ambiente (casa, colegio, etc.) y que causan problemas importantes desde el punto de vista escolar, familiar y social.

Los autores concuerdan en que el TDAH es un trastorno de origen neurobiológico, con síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad que afecta tanto en el ámbito escolar, como en el familiar y social.

2.2 Síntomas del TDAH

La conducta que presentan los niños con TDAH no pasa desapercibida, en particular cuando son hiperactivos, los primeros síntomas que describen un TDA/H son observables a nivel conductual.

Padres y maestros habitualmente describen la conducta de un niño con TDAH con alguno de estos términos.

- Déficit de atención
- Hiperactividad
- Impulsividad



Pero también son descritos como inquietos, molestosos, despistados, necios, vagos o mal educados.

Estos síntomas provocan alteraciones en la conducta, en la adquisición de hábitos y en la organización de actividades, además de dificultades de aprendizaje.

El niño para ser diagnosticado con TDAH según el DSM IV, debe cumplir con los siguientes criterios:

2.2.1 Criterios para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, según el DSM IV:

A. (1) o (2):

(1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención, han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Desatención

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un refuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas y actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.



2.2.2 Criterios para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, según el DSM IV:

(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- a) A menudo mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento.
- b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) A menudo (está en marcha) o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad

- g) A menudo precipita respuestas antes de ser completadas las preguntas.
- h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej. se entromete en conversaciones o juegos).

- A. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- B. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p.ej. en la escuela o en el trabajo y en casa).
- C. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se



explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej. trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de personalidad).

2.3 Tipos de TDAH

En la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS) no se distingue los tipos de TDAH; por lo tanto, no se contempla la posibilidad de que un niño con el tipo inatento pueda no tener algún síntoma de hiperactividad/impulsividad. Por ello, si se siguen los criterios CIE-10 es más probable que los niños con tipo inatento puro se queden por debajo del umbral de diagnóstico y su tratamiento no sea detectado, produciendo por ello un falso negativo. Por otro lado, al usar los criterios del DSM-IV es más probable diagnosticar algunas formas leves de hiperactividad e inatención elevados para la edad, pero dentro de lo normal como TDAH, produciendo un falso negativo en el diagnóstico.

Tomando todo lo anotado en consideración, este estudio se centrará en los criterios diagnósticos del DSM IV, que son:

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado: si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos seis meses.
2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención: si se satisfacen el criterio A1, pero no el criterio A2 durante los últimos 6 meses.
3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: si se satisface el criterio A2, pero no el criterio A1 durante los últimos seis meses.

Según del DSM-IV, el TDAH es un trastorno con tres posibles tipos: Hiperactivo- impulsivo, Inatento y Combinado.



- TIPO COMBINADO.- Es el que más se parece a las descripciones clásicas del “niño hiperactivo” y el más frecuente entre niños (70-85%), como en niñas (60-70%).
- TIPO INATENTO.- Este subtipo es bastante frecuentes en niñas (30%) mientras que en niños es mucho menos (15-20%).
- TIPO HIPERACTIVO/IMPULSIVO PURO.- Sin síntomas de inatención, es el menos frecuente de los tres ya que en la mayoría de casos los niños hiperactivos son también inatentos.

Uno de los principales errores que se comete al pensar en niños con TDAH es que siempre deben ser “hiperactivos”; sin embargo, los estudios demuestran que no todos los niños con TDAH son hiperactivos. Los niños con TDAH tipo inatento puro no tienen problemas de hiperactividad o impulsividad solo presentan síntomas de inatención: cometen errores por no prestar atención a los detalles, no mantienen la atención en tareas largas, parece que no escuchan, tienen dificultades para completar órdenes complejas (no terminan lo que empiezan), evitan cosas que requieran esfuerzo mental (dejan los deberes siempre para el final), son desorganizados, pierden objetos, son olvidadizos y se distraen con facilidad. Los síntomas de impulsividad en estos niños son variables. Los niños con TDAH tipo inatento pasan el trastorno desapercibidos en clase porque no molestan, por lo que a menudo se los diagnostica más tarde. Como este tipo de TDAH es más frecuente en niñas pasan por “tontas” o “despistadas”. Acuden a consulta en cursos más altos de la primaria porque no causan problema de manejo en el aula e inicialmente no tienen problemas graves con las notas, hasta que las clases se hacen más complicadas y deben comportarse con mayor autonomía. En las niñas inteligentes, si reciben ayuda de sus padres, pueden pasar varios años hasta que se manifieste un fracaso escolar evidente, o problemas serios con las notas por inatención (Soutullo, 2007).



CAPÍTULO III

3. MANIFESTACIONES DEL TDAH

Después de analizar los criterios propuestos en el DSM-IV, es necesario anotar las manifestaciones que se pueden presentar en niños con TDAH como se explica a continuación.

3.1 Manifestaciones relacionadas con la falta de autocontrol motor y la impulsividad

En los niños más pequeños (entre 3 y 10 años) la necesidad de moverse continuamente se expresa con la actividad motriz gruesa y a partir de los 10 años encubren esta necesidad de moverse continuamente bajo una actividad motriz más fina. Algunas conductas derivadas de la excesiva actividad motora pueden ser:

- Se levantan con frecuencia, no permaneciendo mucho tiempo sentados.
- Molestan e interrumpen al resto de compañeros de un modo no intencionado.
- Corren por pasillos y escaleras tanto a la entrada como a la salida de clase.
- Tienen dificultades para prever qué va a suceder o cuáles pueden ser las consecuencias de sus actos (Segura, 2007).

3.2 Manifestaciones relacionadas con la falta de atención y la memoria de trabajo

La atención es un proceso complejo que requiere seleccionar lo relevante entre lo irrelevante, mantener la alerta durante un tiempo determinado, o realizar actividades evitando distractores. Así, estos niños presentan problemas para ejercer el control de su atención:

- Presentan dificultades para mantener la atención en situaciones en las que los estímulos recibidos son lentos y monótonos.
- Durante las explicaciones parecen no escuchar, pintan sus cuadernos y se entretienen con cualquier cosa.



- Se distraen durante las explicaciones aunque inicialmente comiencen atendiendo.
- No finalizan las tareas a tiempo, por el mayor agotamiento que para ellos suponen, por la baja resistencia a los estímulos distractores, por la falta de control del tiempo, porque les resulta difícil realizarla o porque su hiperactividad motriz se los impide.
- Cometan errores en los ejercicios por falta de atención.
- Encuentran mayor dificultad para recuperar de su memoria aquello que aprendieron con anterioridad.
- Tienen dificultades para consolidar sus aprendizajes sobre todo si la enseñanza es más teórica que experimental.
- Les resulta difícil recordar con detalle lo sucedido ya que los envuelven una gran subjetividad que, en ocasiones, les lleva a desfigurar los hechos.
- Muestran un retraso en la interiorización del lenguaje y en su utilización en el proceso de pensamiento (Segura, 2007).

3.3 Manifestaciones relacionadas con la baja tolerancia a la frustración y el deseo de reconocimiento

En este sentido se debe destacar la inmadurez y la gran dependencia emocional que caracteriza a este tipo de niños. De esto se derivan conductas como:

- Tratan de llamar la atención de los demás, hacen el payaso, contestan al profesor para convertirse en el centro de la atención de sus compañeros.
- Temen fracasar, mienten, esconden los trabajos y no reconocen que tienen los deberes.
- Se irritan ante cualquier corrección del profesor, reaccionando y contestando mal.
- Parecen menos objetivos al analizar los acontecimientos, muestran mayor dependencia emocional del entorno.
- Presentan mayor dificultad para auto motivarse, para analizar los propios sentimientos y tomar las medidas necesarias para salir de estados de



ánimo negativos como la ansiedad, la tristeza o la frustración (Segura, 2007).

3.4 Manifestaciones relacionadas con la capacidad de organización y planificación

Este tipo de dificultades se hace más evidente con la edad y principalmente en la Educación Secundaria. Así se pone de manifiesto en las siguientes conductas:

- Olvidan traer los deberes, los libros o el material.
- Tardan mucho tiempo en cambiar los materiales de una asignatura a otra.
- Su mesa siempre está muy desorganizada.
- No anotan los deberes o tareas pendientes de realizar.
- Escriben de modo desorganizado sin respetar márgenes ni espacios dentro del cuaderno.
- No terminan los exámenes, se saltan y olvidan preguntas, etc.
- Muestran dificultades en la percepción y el control del tiempo.
- Tienen pobres habilidades de organización de la conducta en el tiempo.
- Hacen menos referencias a hechos del pasado y del futuro y, en ocasiones, muestran alteraciones en la utilización de los conceptos temporales (Segura, 2007).

3.5 Manifestaciones en relación con los compañeros

Suelen estar presentes en los casos en los que predomina la hiperactividad/impulsividad, mientras que los niños con predominio de desatención no suelen ser conflictivos respecto a las relaciones con los otros compañeros. Algunas de las dificultades de relación con los iguales más frecuentes son:

- Muestran comportamientos más infantiles de su edad y no encajan bien con sus compañeros.
- Se enfadan con sus compañeros cuando las cosas no salen como lo esperan, debido a su escasa tolerancia ante la frustración.



- Reaccionan de modo desproporcionado ante sucesos de menor importancia. Tienen rabietas y contraatacan.
- Tienen dificultad para aceptar y seguir las normas que se establecen en las situaciones lúdicas comunitarias.
- Muestran mayor dificultad para comportarse conforme a unas reglas, ya sean impuestas, acordadas por sus compañeros o generadas por ellos.
- Presentan dificultades en las tareas que requieren cooperación, participación y tener en cuenta las consecuencias para los otros (Segura, 2007).

3.6 Factores de riesgo del TDAH

El TDAH es una de las enfermedades mejor estudiadas en medicina. Pero el TDAH no es como la neumonía por neumococo o la gripe por el virus influenza; no tiene una sola causa. El TDAH se origina como consecuencia de múltiples causas que se dan a la vez en el niño. Por ello no se ha identificado una causa individual del TDAH. Casi todas las causas del TDAH se producen durante el embarazo (prenatales) o en torno al nacimiento del niño (perinatales). Entre las causas más importantes del TDAH se encuentran.

1. Causa genética, aproximadamente el 75% de la causa del TDAH es de origen genético (que el padre o la madre tengan TDAH multiplica por ocho el riesgo de padecerlo), por lo tanto si un gemelo idéntico tiene TDAH probablemente el otro gemelo también lo desarrolle.
2. Bajo peso al nacer (multiplica el riesgo por tres).
3. Gran adversidad psicosocial (multiplica el riesgo por cuatro).
4. Consumo de tabaco durante el embarazo (multiplica el riesgo por tres).
5. Consumo de alcohol (multiplica el riesgo por 2,8).

3.7 Factores o situaciones que no causan el TDAH

Hay muchos mitos sobre las causas del TDAH, y puede que alguno haya llegado a sus oídos, pero no hay prueba científica de que alguna de ellas pueda causar el TDAH. No son causas del TDAH (aunque algunos factores



pueden empeorar los síntomas), el nivel socioeconómico, el coeficiente intelectual de los padres, la edad de la madre, el vivir en una ciudad o pueblo.

Tampoco se debe a la (vagancia) del niño, a falta de normas de los padres al educarlo, ni a demasiada azúcar, poca azúcar, sensibilidad a los alimentos, colorantes o aditivos alimentarios, falta de vitaminas, televisión, luces fosforescentes, video juegos, alergias, lateralidad cruzada, falta de balance polar o alteraciones magnéticas. En una minoría de niños, especialmente, menores de 5 años, su comportamiento puede empeorar tras comer o beber alimentos con muchos colorantes o con excesiva azúcar. Si el niño tiene un comportamiento mucho peor tras comer algo en particular se debe anotar e intentar no darle ese alimento para ver si mejora de forma clara, pero el niño no deber hacer una dieta muy restrictiva (Soutullo, 2008).

3.8 Diagnóstico del TDAH

El diagnóstico del TDAH es complejo. Según Lasa (2008) antes de determinar el tipo de intervención conveniente se debe realizar una exhaustiva evaluación diagnóstica mediante:

- Entrevista a los padres.
- Evaluación Psicológica.
- Recolección de información del entorno educativo, médico y socio comunitario.

Entrevista a los padres.- A través de un cuestionario se puede recoger la anamnesis del niño y algunos otros datos relevantes, sobre la dinámica familiar.

Evaluación psicológica del niño.- Los problemas asociados (comorbilidad) deben ser sistemáticamente explorados (Barkley, 1990). La evaluación será de la globalidad del funcionamiento mental y deberá comprender la exploración de los siguientes aspectos:



- Emocionales y Afectivos: Ansiedad, manifestaciones de inestabilidad emocional y del estado de ánimo, escasa capacidad de contenerse, descontrol afectivo y descargas impulsivas, dificultades para la autorregulación y modulación de la expresión de las emociones con reacciones excesivas de “Intolerancia a la frustración”, humor variable, frágil e imprescindible con alteraciones entre el polo de sentimientos depresivos-escasa autoestima y desvalorización de sí mismo- y el polo de manifestaciones hipomaniacas- de euforia, omnipotencia, negación de toda dificultad y comportamiento displicente y despectivo hacia el otro.
- Comportamiento: Distracción, falta de atención, impulsividad, agitación, conductas disruptivas o destructivas.
- Adaptación social: Relaciones con iguales, aceptación de normas, lenguaje desinhibido, falta de auto control, conductas de riesgo, falta de habilidades para la solución de situaciones embarazosas.
- Funciones cognitivas: Lenguaje interno, concentración mental, interés por la lectura, rendimiento intelectual global, capacidad autocrítica, anticipación de las consecuencias de su comportamiento.
- Capacidades de representación simbólica: Desplazamiento y expresión de aspectos intra psicológicos mediante el juego, dibujo o relato verbal.
- Aprendizaje y comportamiento escolar: Rendimiento inferior a sus capacidades intelectuales, dificultades específicas de ciertos aprendizajes y en particular de los vinculados a la organización del lenguaje.
- Organización y coordinación motriz y representación del esquema corporal: Capacidad para gozar lúdicamente del cuerpo y de organizarlo para responder a los juegos con normas motrices complejas.
- Problemas somáticos: Inmadurez, retraso del crecimiento, enuresis-encopresis, alergias, etc.

También se puede complementar esta valoración a través de una batería de test en la que se exploran los siguientes aspectos:

1. Observación de la conducta del niño a lo largo de la exploración.
2. Pruebas de inteligencia adecuadas a la edad del niño.



3. Valoración del lenguaje y del habla.
4. Valoración de la motricidad fina y gruesa.
5. Pruebas instrumentales para diagnosticar dominancia, lateralidad, esquema corporal, imitación de gestos, nociones básicas.
6. Valoración de la lecto-escritura.
7. Pruebas de personalidad para determinar la personalidad del niño, sus ansiedades y defensas y organizar las relaciones con el entorno. Entre las pruebas de personalidad están:
 - Test proyectivos gráficos, test de la familia, del animal o el HTP.
 - Test de percepción temática: CAT o TAT.
 - Hora de juego dinámica.

Evaluación del entorno.- Es importante la valoración del entorno que rodea al niño, porque aporta una visión global y complementaria a la situación.

En el ámbito social.- Esta información se la puede obtener a través de la evaluación de la familia:

- La atención del niño y la familia en los servicios sociales de atención primaria.
- La existencia y calidad de redes extensas al núcleo familiar.
- El grado de participación y el tipo de interacción del menor en espacios lúdicos y de ocio.
- La vinculación a entidades de carácter social o proyectos de mejora comunitaria.

En el ámbito educativo.- La entrevista con profesores y cuidadores, o bien los informes proporcionan datos útiles sobre los síntomas actuales, dado que desde la escuela se tienen elementos de comparación con niños de la misma edad, y normalmente conocen bien al niño y su familia aportando datos como:

- Actitud y conducta del niño en situaciones grupales.
- Actitud y conducta del niño en situaciones que exigen concentración intelectual.
- Relación con el adulto, maestro o profesor.



En el ámbito sanitario.- Recoger datos sobre el paciente vinculados al aspecto de su salud física: informes médicos, intervenciones quirúrgicas, etc. y en especial, la observación que el pediatra ha hecho de la historia evolutiva del niño y de los tipos de vínculos primarios establecidos (Mabres, 2012).

A menudo, la falta de trabajo multidisciplinario en las instituciones, dificulta que se realice esta evaluación completa.

3.8.1 Diagnóstico diferencial:

Dentro de la valoración clínica del niño con TDAH hay que tener en cuenta que no todo niño inquieto o despistado tiene TDAH, es necesario realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades, para que el TDAH no sea confundido con otros trastornos. El primer paso sin embargo, será destacar si la conducta que presenta el niño se encuentra dentro de la normalidad. Para ello es importante valorar la cantidad e intensidad de los síntomas y su impacto funcional en diferentes situaciones.

Ante la sintomatología del TDAH es imprescindible un diagnóstico diferencial que investigue el origen estructural de la personalidad, dado que bajo la misma presentación se puede encontrar:

- Retraso mental.
- Trastornos de aprendizaje.
- Trastornos de comportamiento.
- Trastornos generalizados del desarrollo.
- Trastornos afectivos y/o de ansiedad.
- Trastornos emocionales con expresión somática.
- Carencias afectivas graves.
- Trastornos neurológicos.
- Trastorno límite de la personalidad.



O factores ambientales como:

- Estrés
- Negligencia/ abuso infantil.
- Malnutrición
- Cuando los niños han crecido sin límites o cuando estos han sido inadecuados, incoherentes y/o puestos sin empatía. (Mercé Mabres, 2012)

3.8.2 Diagnóstico neuropsicológico:

Diagnostico Neurológico o neuropediátrico.- El neurólogo realiza el diagnóstico bajo la apreciación y síntomas que el niño presenta; el DSM IV puede ser una herramienta importante para el diagnóstico en el consultorio. En algunos casos, el neurólogo indica un electroencefalograma y, en casos donde se sospecha un componente orgánico o en los casos de hiperactividad severa, se puede indicar estudios de alta complejidad.

El TDAH requiere un diagnóstico Neuropsicológico y neurológico/neuropediátrico. Establecer un diagnóstico permite trazar acciones terapéuticas, escolares y familiares. Tener un diagnóstico diferencial permite obtener una denominación mediante la cual todas las partes intervinientes puedan comunicarse entre sí de manera clara, sencilla, rápida y eficaz.

El diagnóstico permite explicar la naturaleza del trastorno, su causa, su evolución y generalidades o manifestaciones.

El periodo de diagnóstico pasa por tres momentos que son:

1.- Detección.- Generalmente la detección que es el primer momento del diagnóstico, la realizan los padres que hacen una consulta por las conductas atípicas o inesperadas que observan de su hijo, o suele ser el colegio que detecta conductas inadaptadas y trastornos de conducta y atención.

2.- Diagnóstico Médico.- Este diagnóstico lo puede realizar el neurólogo o el psiquiatra. En esta instancia se debe diferenciar claramente el diagnóstico para



evitar el próximo paso, diagnosticar en caso de que se trate de un TDAH. Por lo tanto, esta instancia sería la identificación del trastorno.

3.- Diagnóstico terapéutico.- Específicamente, se trata del diagnóstico neuropsicológico que permite valorar las características individuales y específicas del paciente y su trastorno. Este diagnóstico incluirá pruebas de actitud, capacidades de las fuerzas cognitivas, destrezas sociales y condiciones para el aprendizaje académico.

Estos tres tiempos del diagnóstico son los que darán lugar al encuadre del tratamiento necesario, tanto terapéutico como farmacológico.

3.9 Tratamiento del TDAH

Las múltiples dificultades que estos niños presentan en el plano social, emocional y académico hacen que el tratamiento sea complejo y deba ser planeado caso por caso para complementar las diferentes vías posibles. El tratamiento con medicación posiblemente sea uno de los más antiguos y por lo tanto es en el que más experiencia se ha obtenido. Estimulantes como la Benzedrina fueron utilizados por primera vez en 1937; sin embargo, hoy sabemos que la medicación, a pesar de ser muy efectiva para tratar los síntomas principales que componen el cuadro, es insuficiente para tratar los factores emocionales (baja autoestima, baja tolerancia a la frustración), familiar (psicopatología familiar y patrones de interacción) y factores sociales asociados.

La unión entre medicación y terapia psicológica es lo que se denomina tratamiento multidisciplinario.

Lo ideal para el tratamiento es el trabajo multidisciplinario, que consiste en:

3.9.1 Tratamiento terapéutico:

A. Intervenciones con el niño.-

- 3 Intervenciones psicológicas individuales, en forma de psicoterapia, juego simbólico o entrevistas psicoterapéuticas, para promover modificaciones en su funcionamiento psíquico a través de la



comprensión de sus capacidades y dificultades, favoreciendo el control emocional, la elaboración de los sentimientos y el fortalecimiento del YO.

- 4 Intervenciones psicoterapéuticas grupales, con el objetivo de mejorar su autoestima y la propia imagen del niño al compartir pensamientos, vivencias y emociones con los iguales para posibilitar una nueva elaboración y contención de las ansiedades.
- 5 Reeduaciones individuales o grupales, con el objetivo de estimular las funciones del pensamiento, atendiendo a las dificultades emocionales que están implicadas, para estimular la maduración que permite aprovechar al máximo el potencial que dispone.

B. Intervenciones con la familia.-

Las intervenciones con la familia tienen como objetivo promover funciones emocionales parentales: “generar amor, fomentar esperanza, contener el sufrimiento depresivo y ayudar a pensar”.

Los diferentes tipos de abordaje pueden ser:

1. Entrevistas de seguimiento con los padres o la familia para orientarles y ayudarles a tomar contacto con las capacidades y dificultades de los hijos promoviendo la observación y la empatía hacia los mismos para que así puedan pensar más allá de la conducta del niño.
2. Grupos de sensibilización para los padres, espacios en donde se acoge tanto su preocupación como los sentimientos y la manera de proceder que sus hijos les despiertan o movilizan, para poder entender y diferenciar lo que es evolutivo y lo que requiere una atención o supone una distorsión en la interacción con los hijos, aportando orientaciones alternativas en el funcionamiento.
3. Si como resultado de la evaluación familiar se detectan factores sociales de cierta influencia, no solo en la vida del menor sino también en la indicación terapéutica del paciente, se deriva la familia a la trabajadora social para que realice una intervención socio terapéutica complementaria a la tarea clínica de base.



C. Intervención social.-

La evaluación social aporta a la evaluación diagnóstica en cuanto a:

- Estudio de la historia familiar.
- La red (socio familiar) extensa.
- La visión que tiene la familia con respecto al hijo con TDAH
- Las capacidades familiares conservadas.
- Las destrezas útiles para cubrir necesidades básicas.
- Los riesgos a corto, mediano y largo plazo.

D. Intervenciones con el entorno.-

Coordinar con el ámbito educativo, sanitario, socio comunitario y de justicia, especialmente con los profesionales del medio escolar, con el propósito de que comprendan las dificultades emocionales y/o de aprendizaje y la relación del alumno más allá de la sintomatología manifiesta (Meltzer, 1989).

De lo observado a nivel escolar, lo común es que no existe un profesional que se encargue de guiar a los padres, docentes y al niño en la correcta identificación del diagnóstico y tratamiento de este trastorno, y cuando un niño es remitido a alguna institución fuera de la escuela no siempre es evaluado en todo el entorno que lo rodea.

3.9.2 Tratamiento neuropsicológico para el TDHA:

La neurociencia siempre estuvo presente, ya que en su origen este trastorno fue asociado al Síndrome Hiperkinético y la Disfunción Cerebral mínima, pero, en aquel entonces, se desconocía por completo los aspectos neuropsicológicos y cognitivos.

Hoy se conoce que un niño con TDAH no tiene una disfunción cerebral, es decir que el TDAH no está asociado directamente a una afección neurológica; en todo caso, ante un cuadro o síntoma neurológico, puede desencadenarse como trastorno secundario o asociado un TDAH (Navarte, 2008).



Por lo tanto, es importante la intervención del neurólogo o neurólogo pediátrico en el tratamiento.

El Manual de Neurofisiología de Daniel P. Cardinali aclara las bases neurobiológicas del TDAH sosteniendo que:

“En el lóbulo frontal se encuentra una estructura cerebral que desempeña un rol central en la atención. Los estudios de alta complejidad que hoy se usan y los avances científicos han permitido descubrir una disminución en el flujo sanguíneo y en el metabolismo del lóbulo frontal. Esto produciría una menor activación de los lóbulos frontales que provocarían un descenso o dificultad para sostener la atención. En esta estructura cerebral de lóbulos frontales, se encuentran también las funciones ejecutivas; al disminuir la inhibición que el lóbulo frontal normalmente ejerce sobre el sistema límbico, también hay fallas en la regulación de la conducta” (Cardinali, 1992).

3.9.2.1 Neurotransmisores

Los neurotransmisores son sustancias que llevan información de neurona a neurona.

Los principales neurotransmisores son:

- La Noradrenalina
- La Dopamina
- La Serotonina

La mayoría de las neuronas frontales utilizan dopamina y, por lo tanto, son llamadas neuronas dopaminérgicas. Cumplen un rol importante en el nivel de activación del organismo arousal (cambio brusco del sueño que va de una fase tranquila a una fase brusca), en la motivación y la atención.

Los estudios continúan en búsqueda de más información que concluya o demuestre que la falta de dopamina es la responsable de los síntomas del TDA/TDAH (Navarte, 2008).



A través de la plasticidad neuronal, el cerebro, mediante un tratamiento neuropsicológico de entrenamiento cognitivo, va modificando su estructura; por lo tanto, el aprendizaje permite que las conexiones neuronales se modifiquen, supliendo aquellas que están inactivas o disfuncionales.

Entonces, si se habla de una disfuncionalidad cognitiva, se sabe que su recuperación o compensación dependerá de la intensidad o complejidad del entrenamiento que dará lugar al nuevo circuito.

De esta manera, el cerebro, como el resto del cuerpo puede modificarse intencionalmente. Así como el ejercicio físico esculpe los músculos, el entrenamiento mental esculpe la materia gris, en virtud de las actividades que se realicen.

3.9.3 Tratamiento farmacológico:

Todos los médicos y terapeutas, que además de estar convencidos de que el tratamiento del TDAH es multimodal, pero que también respetan e incluyen a la familia, saben y actúan en función de sugerir o indicar con todas las explicaciones pertinentes un psicofármaco, dando lugar a la elección final a los padres.

También hay que subrayar que ningún maestro, profesor, psicólogo ni psicopedagogo u otro terapeuta, tiene autoridad para sugerir ni mucho menos indicar un tratamiento farmacológico. Esto será una decisión, luego de un diagnóstico completo, que sugerirá el neurólogo, el psiquiatra o el neuropediatra.

Los fármacos más usados son: el Metilfenidato y la Atomoxetina (nombres genéricos).

El **Metilfenidato**, es uno de los fármacos que más ha utilizado la psiquiatría científica en todos los países del mundo, siendo el más usado y a la vez el más cuestionado públicamente. Potencia la acción de la dopamina, inhibiendo su



recaptación a nivel precinápico, lo cual produce activación del lóbulo frontal. Esta activación no tiene un efecto sedante sino normalizador sobre la conducta, controlando la hiperactividad, reduciendo la impulsividad y focalizando la atención.

Este medicamento tiene una rápida absorción, comienza a actuar a los 30 minutos después de su actuación y su efecto dura de tres a cuatro horas, lo que obliga a administrar algunas dosis en el día.

Contraindicaciones.- No se puede administrar en caso de: ansiedad, tensión, agitación, tics motores, antecedentes familiares, glaucoma, hipertiroidismo, arritmias cardíacas, anginas de pecho severas.

Las dosis bajas parecen mejorar los procesos cognitivos y de aprendizaje, (recomendado para niños con TDAH subtipo Déficit de Atención), mientras que las dosis altas podrían ser más efectivas sobre las conductas motrices y sociales.

La **Atomoxetina.-** Es un inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina. No tiene efectos estimulantes y está indicada para el tratamiento del TDAH en niños a partir de los 6 años. Debe utilizarse con precaución en casos de hipertensión, taquicardia y está contraindicada en glaucoma. Disminuye el apetito y puede producir náuseas, boca seca, vómitos, aumento de la presión arterial, insomnio, ansiedad, depresión, enuresis, infecciones, laringitis y prurito.

Otras drogas que se utilizan.- Los psicoestimulantes son los fármacos que se utilizan en el tratamiento del TDAH. Fueron aprobados desde hace muchos años por la agencia de drogas y alimentos de los Estados Unidos y han sido usados por todo el mundo.

Es importante señalar tres puntos claves sobre la medicación para el TDAH y que son:



1. La medicación no es efectiva en el 100% de los casos.
2. la medicación no es efectiva como único tratamiento, sino que debe ser acompañada por un tratamiento psicopedagógico y psicológico.
3. La medicación no se indica en niños menores de 6 años, salvo que esté en riesgo su integridad física o que el niño se vea impedido de llevar a cabo una vida social y escolar.

La mayoría de los pacientes diagnosticados con TDAH, en primera instancia, realizan un tratamiento psicopedagógico y/o psicológico, dejando el tratamiento farmacológico como última instancia, lo que brinda al niño y a la familia la posibilidad de recuperación y reeducación.



CAPÍTULO IV

4. INVESTIGACIÓN DE CAMPO

4.1 Análisis demográfico

El objetivo de esta investigación es determinar cuáles son los conocimientos sobre el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), por parte de 30 maestros de la Escuela Fiscal Luis Cordero Crespo, ubicada en la Provincia del Azuay del Cantón Cuenca de la Parroquia San Blas, año lectivo 2013-2014.

Los maestros respondieron a la “Escala de Conocimientos sobre los Trastornos por Déficit de Atención” KADDS (Adaptada de Sciutto, Terjsen y Bender, 2000). Cuyo propósito es evaluar los conocimientos del TDAH en tres áreas de contenido: Conocimientos Generales, Síntomas/Diagnóstico y Tratamiento.

4.1.1 Participantes:

En esta investigación participaron 30 maestros, 18 mujeres y 12 hombres, con una edad media de 41,66 años, y una desviación estándar de 11,21, siendo la edad máxima 60 años y la mínima 26 años.

Del total de maestros encuestados, 26 tienen título de Tercer Nivel, uno tiene maestría, uno posgrado, un maestro es Bachiller y uno está en proceso de obtener su Licenciatura. Con respecto a las áreas de formación, 27 tienen una formación en áreas afines a la Educación, y tres en otras áreas específicas como: Cultura Física, Inglés y Computación.

Con respecto a la formación recibida, sobre el TDAH, 14 maestros afirman no haber recibido ninguna formación, 11 la recibieron como asignatura de carrera, tres en charlas o conferencias en congresos, uno en cursos de formación continua, uno como parte de la maestría u otros cursos de posgrados. De los 16 maestros que sí han recibido formación, siete reportan menos de 10 horas, tres tienen entre 20 y 30 horas, y seis han recibido entre 80 y 180 horas de



capacitación. La formación obtenida por la mayoría de los maestros sobre el TDAH es esporádica y teórica.

Con respecto a la experiencia, de los maestros, con niños con TDAH en el aula; en esta encuesta 14 maestros afirman no haber tenido experiencia con estos niños en el ámbito escolar, y 16 maestros si han tenido este tipo de experiencia la mayor parte del tiempo de su labor educativa. Incluso destacan que han debido trabajar con niños que muestran dificultades en otras áreas, por ejemplo: limitaciones físicas, problemas de salud, afectivos, emocionales, familiares y de aprendizaje que se traducen en bajos rendimientos.

4.1.2 Procedimiento:

Durante el curso académico 2013-2014, se tomó contacto con el Lcdo. Héctor Patiño Director de la Escuela de Educación General Básica Luis Cordero Crespo, ubicada en la parroquia San Blas de la provincia del Azuay del cantón Cuenca, para solicitarle autorice la entrega de las encuestas sobre el conocimiento del TDAH, a los maestros de la mencionada institución educativa. En efecto, se entregó el cuestionario a un total de 35 maestros, brindándoles instrucciones precisas para completarlos.

Transcurrida una semana, de las 35 encuestas entregadas, se recibieron 30. Es importante señalar que se informó a los maestros de que las encuestas eran anónimas y voluntarias, y que se les proporcionaría información sobre los resultados, una vez estuviera concluido el estudio.

4.1.3 Análisis de datos:

Los análisis estadísticos fueron realizados con los programas informatizados SPSS versión 20 y Excel 2010.

4.1.4 Instrumentos:

Para la recolección de información se aplicó la encuesta correspondiente a la Adaptación Española del “Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (KADDS)”, se trata de una escala de estimación compuesta por 39 ítems, de



tres alternativas de respuesta (verdadero, falso y no sé). Los ítems se agrupan en tres subescalas:

- a) Síntomas/Diagnóstico de TDAH (10 ítems)
- b) Información general sobre la naturaleza, causas y repercusiones del TDAH (16 ítems)
- c) Tratamiento del TDAH (13 ítems.)

“La adaptación reporta un coeficiente de confiabilidad de 0,89 realmente elevado e incluso superior a los índices de coeficiente alfa obtenidos por Sciutto (2000). Además cada una de las subescalas presentó una elevada correlación con la puntuación total del cuestionario (rango $r=0,85$ a $r=0,90$) y también un alto grado de correlación entre las tres subescalas (rango $r=0,62$ a $r=0,69$), lo que indica que los conocimientos de los maestros en un área de estudio del TDAH se relacionan positivamente con sus conocimientos en las demás áreas.” (Sonia Jarque, 2007).

4.2 Análisis de resultados

- a) Síntomas y Diagnóstico:

El KADDS contiene 10 preguntas relacionadas con síntomas y diagnósticos del TDAH. A las preguntas respondidas correctamente se les asignó un valor de 1, y a las incorrectas un valor de cero, por lo tanto, la identificación de los síntomas se mide en una escala de 0 a 10 puntos, obteniendo los siguientes resultados: 30 personas responden el cuestionario de las cuales se destaca el hecho de que de las 10 preguntas dos maestros aciertan en una sola pregunta, y solo un maestro tiene nueve aciertos de las 10 preguntas, lo que determina una media de 5,50 y una desviación estándar de 2,11.

Del total de las respuestas, el 55% fueron correctas, el 19% fueron incorrectas y el 26% corresponden a la opción “no sabe”.

- b) Información general sobre la naturaleza, causas y repercusiones del TDAH:



El KADDS contiene 16 preguntas relacionadas con información general del TDAH, a las preguntas respondidas correctamente se les asignó el valor de 1, a las incorrectas un valor de cero, por lo tanto, la identificación de la información general se mide en una escala de 0 a 16 puntos. Los siguientes son los resultados: 30 personas responden al cuestionario de las cuales se destaca el hecho de que de las 16 preguntas, dos maestros aciertan una sola pregunta, y solo un maestro tiene 11 aciertos de las 16 preguntas, lo que determina una media de 6,17 y una desviación estándar de 2,81.

Del total de respuestas, el 39% fueron correctas, el 25% fueron incorrectas y el 37% corresponden a la opción “no sabe”.

c) Tratamiento:

El KADDS contiene 13 preguntas relacionadas con tratamiento del TDAH, a las preguntas respondidas correctamente se les asignó el valor de 1, a las incorrectas un valor de cero, por lo tanto, la identificación de la información general se mide en una escala de 0 a 13 puntos y se obtuvo los siguientes resultados; 30 personas responden al cuestionario de las cuales se destaca el hecho de que de las 13 preguntas un maestro acierta una sola pregunta, y solo dos maestros tienen ocho aciertos de las 13 preguntas, lo que determina una media de 5,07 y una desviación estándar de 1,78.

Del total de las respuestas, el 36% fueron correctas, el 48% fueron incorrectas y el 16% corresponden a la opción “no sabe”.

Evaluación de la autoeficacia percibida de los maestros

Para evaluar la autoeficacia percibida los maestros respondieron a la siguiente pregunta, utilizando una escala Linkert de 7 puntos: ¿Hasta qué punto crees que puedes enseñar de forma efectiva a un niño con TDAH? Contesta teniendo en cuenta que 1 es el extremo inferior (no preparado para enseñar de forma efectiva a un niño con TDAH) y 7 es el extremo superior (totalmente preparado).

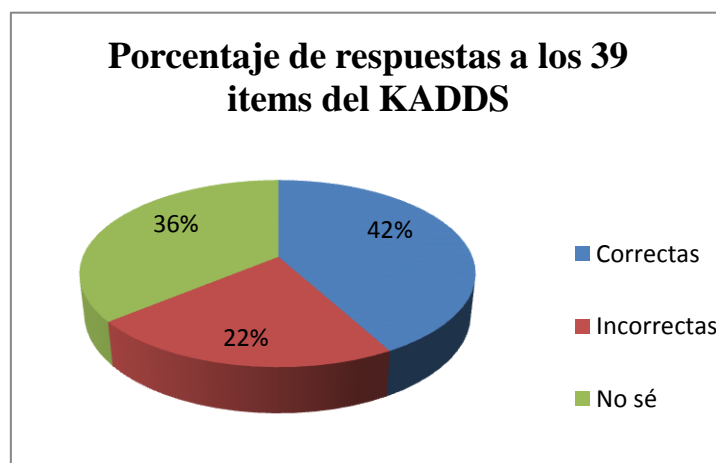


Con respecto a esta escala 10 maestros se colocan en una escala de cuatro mientras que 12 se colocan por debajo de la media y ocho están por encima de la media, los resultados se pueden observar con mayor claridad en el siguiente cuadro.

Número de maestros que han señalado cada una de las alternativas de la escala Likert de 1 al 7, en relación con su autoeficacia percibida							
Alternativa	1	2	3	4	5	6	7
N° de maestros	4	2	6	10	6	2	0

4.3 Resumen de resultados

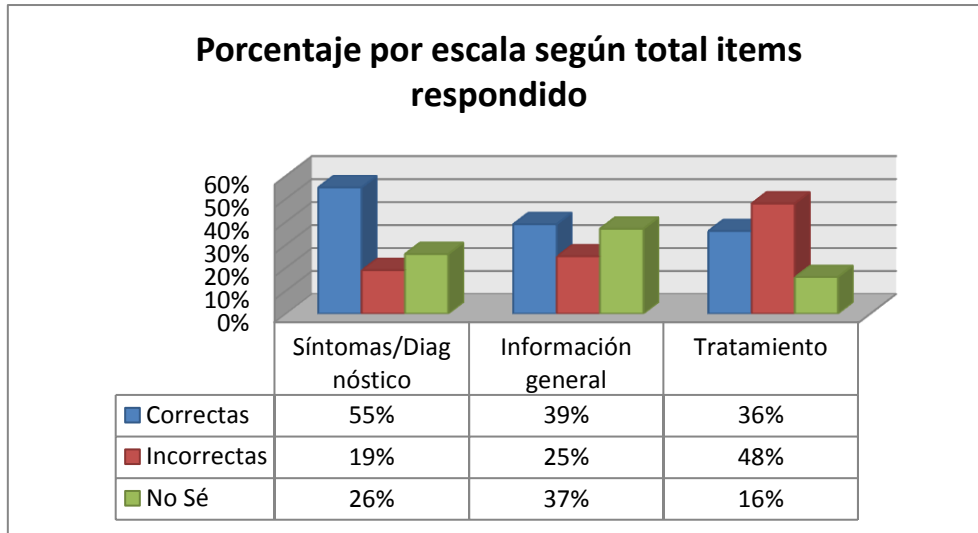
Considerando el total de respuestas a los 39 ítems del cuestionario, se obtuvieron el 42% de respuestas correctas, el 22% de respuestas incorrectas y el 36% de “no sé”.



Fuente: Encuesta “Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (KADDS)” aplicada a 30 maestros/as de la Escuela Luis Cordero de la ciudad de Cuenca.

Elaborado por: Catalina Mora

A continuación se presentan a los porcentajes de respuestas correctas, incorrectas y “no sabe”, en cada escala del KADDS.



Fuente: Encuesta “Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (KADDS)” aplicada a 30 maestros/as de la Escuela Luis Cordero de la ciudad de Cuenca.

Elaborado por: Catalina Mora

Los maestros han contestado correctamente a más del 50% de los ítems relativos a los síntomas/diagnóstico con un 55%, seguido de información general el 39% y finalmente el Tratamiento con un 36%. Lo que indica que los maestros están más capacitados en la detección de síntomas que en el tratamiento y la información general.

Las respuestas incorrectas tienen un mayor porcentaje en cuanto al tratamiento con un 48%, seguido del 25% en información general y finalmente el 19% en síntomas.

En cuanto a “no sabe”, con respecto a la sección información general supera al resto de ítems con un 37% seguido de un 26% en los síntomas y un 16 % en el tratamiento, lo que indica que los maestros desconocen la información general del TDAH.



CONCLUSIONES

- La presente investigación se basó en un estudio realizado en España (Jarque, Tarraga y Miranda Casas, 2007) el que fue una réplica del Knowledge Attention Deficit Hyperactivity Disorder (KADDS), (Sciutto, Terjesen y Bender, 2000). A pesar de que los dos estudios fueron realizados en dos contextos socioculturales diferentes, los resultados obtenidos fueron prácticamente los mismos.
- Los resultados obtenidos mediante la encuesta aplicada arrojaron como dato importante que únicamente el 42% de los maestros tienen conocimientos limitados sobre el TDAH, conociendo más sobre síntomas y diagnóstico que acerca de la información general y tratamiento.
- La creencia de autoeficacia percibida que los maestros tienen sobre el TDAH es contradictoria a la obtenida en los resultados de la encuesta, ya que más de la mitad afirman estar preparados para enseñar a un niño con TDAH, pero en los resultados de la encuesta se obtuvo que el conocimiento de ellos es limitado.
- La formación obtenida por los maestros es esporádica y teórica, sin embargo, más de la mitad de los maestros han tenido experiencias con niños que presentan síntomas relacionados con el TDAH.
- Existe una clara relación entre los conocimientos del TDAH y la formación específica que los maestros han recibido; si los docentes no han tenido una formación específica sobre el tema, tampoco conocen cómo afrontar el trastorno. Cabe recalcar que en el pensum de estudio de la Universidad, en el mejor de los casos, se incluyen algunos conocimientos sobre el TDAH, los que se abordan brevemente por la falta de tiempo.
- Es importante que tanto el diagnóstico como el tratamiento de un niño con TDAH lo realice un equipo multidisciplinario.



- Finalmente, mientras más conozcan los maestros sobre el TDAH, más fácil será su diagnóstico y su intervención oportuna.



RECOMENDACIONES

- Que este estudio sirva de precedente para que se realicen investigaciones sobre el tema en nuestro medio.
- Que la capacitación de los maestros sea en función de las necesidades que se le presenten en el aula.
- Cuidar de no confundir la inquietud normal de un niño con el TDAH, y así evitar etiquetarlo como hiperactivo.
- Las universidades deben aumentar sus horas de clase o capacitaciones a los estudiantes poniendo énfasis en las diferentes dificultades de aprendizaje y en especial en el TDAH.
- El Ministerio de Educación debería implementar programas de ayuda Psicopedagógica en todas las instituciones educativas a fin de que se trabaje con un equipo multidisciplinario encaminado al diagnóstico y recuperación del alumno y sus familiares.
- Mejorar el proceso de enseñanza aprendizaje con los estudiantes hiperactivos, ampliando la formación específica sobre el TDAH tanto en las carreras afines a la Educación como en los cursos de formación continua que se ofrecen a los maestros. Estos cursos podrían estar dirigidos a la identificación e intervención del TDAH en las escuelas.



BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- B. M. S. (2009). Curso de Inclusión Educativa. Quito Ecuador, DINSE.
- Carr W. (1996). Una teoría para la educación: Hacia una investigación educativa crítica. Madrid, Ediciones Morata.
- Cardona,M., Reina, M., &Cardona,M . (2011). Diccionario Pedagógico Dificultades en el aprendizaje de la A a la Z. Bogotá Colombia, Continente Editores S.A
- Condemarin,M., Gorostegui, E. M., & Neva., M. (2007). Estrategias para el diagnóstico y la intervención psicopedagógica. España, Editorial Ariel.
- Conxita, P., & Cristina, B. (2000). “Qué le pasa a mi hijo” Trastornos psicológicos del niño. Barcelona España, Océano S.A.
- Davini, M. C. La formación docente en cuestión: política y pedagogía (pp.21-150). Buenos Aires, Paidós.
- Delpech, Vanessa, D. (17 de Octubre de 2011). Estrategias de Intervención para niños con TDAH. Beat Psicología infantil. Mérida, Yucatán, México. Obtenido de <http://www.beatpsicologia.com>
- Estrella, J. (2008). AD-DH Que es, quehacer. Buenos Aires, Paidos SAICF.
- Freire, P. (1993). Pedagogía de la Esperanza. Madrid, Siglo XXI España Editores S.A.
- Gonzáles, J. (7 de Febrero de 2010). El maestro y el TDAH. Madrid, España.
- Goodson, I. (2000). El cambio en el currículo. Barcelona, Octaedro.
- Gutiérrez, P., & Panamá, Paola. (2009). La terapia de juego como estrategia para niños de 4 a 6 años para afrontar el TDAH. Cuenca, Ecuador.
- Jarque, S., Tarraga, R., & Casas., a. M. (2007). Los conocimientos, concepciones erróneas y lagunas sobre el trastorno del Déficit de Atención con hiperactividad. España.
- Latorre, A. (2003). La investigación-acción: conocer y cambiar la práctica educativa. (Soutullo Cesar, 2007) Barcelona, Grao.



- Lavigne, Rocío, & Juan Francisco Romero (2010). El TDAH ¿Qué es? ¿qué lo causa? ¿cómo evaluarlo y tratarlo? Ediciones Pirámide S.A. Madrid. F (s.f.). Guía práctica para padres. El niño con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. España.
- Mabres, Mercé E. M. (2012). Hiperactividad y déficit de atención. Comprendiendo el TDAH. Barcelona, Octaedro, S.L.
- Meltzer, D. Harris, M (1989). El papel educativo de la familia. Barcelona-España: Espaxs.
- Navarte, M. E. (2008). Soluciones Pedagógicas para el TDA/H. España: Landeira Ediciones S.A.
- Segura, M. J. (2007). Características del trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad TDAH. Murcia.
- Soutullo, C., & Díez, A. (2007). Manual de Diagnóstico y tratamiento del TDAH. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Soutullo, César. (2008). Convivir con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de atención e hiperactividad. Madrid España: Médica Panamericana.



ANEXOS

ANEXO 1

DISEÑO DE TESIS

1.- TEMA:

CONOCIMIENTO DE LOS MAESTROS SOBRE EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

2.- JUSTIFICACIÓN:

A pesar de la gran cantidad de investigaciones e información sobre el TDAH, aún no existe un acuerdo sobre la definición teórica más adecuada, pero sobre el comportamiento del niño ya existe consensos generalizados.

Los maestros son los primeros en detectar un posible TDAH debido a que comparten con los niños durante muchas horas en situaciones tanto estructuradas como de juego; por eso casi siempre los maestros son los primeros en remitir casos de niños con posible TDAH.

Es importante el diagnóstico oportuno del maestro ya que es en la escuela donde el niño muestra problemas y sus síntomas se acentúan. La formación de los docentes y el poder evaluar y educar a niños con TDAH son retos de gran repercusión sobre el sistema educativo, se considera que la gran mayoría de maestros desconocen sobre los síntomas y pueden tener un concepto erróneo de lo que realmente está pasando.

Finalmente los maestros proporcionan una información útil sobre los efectos terapéuticos que tienen las intervenciones en diferentes áreas de funcionamiento del niño (social, académica, atencional, emocional, etc.). En la práctica clínica, la información que proporcionan los maestros de los niños con TDAH se consideran informaciones de gran importancia para ajustar su dosis de medicación.

Los estudios han demostrado que las intervenciones farmacológicas como las psicopedagógicas disminuyen los problemas que tienen los niños con TDAH



proporcionando esperanza de recuperación. Para que haya éxito con estos tratamientos es necesario que las personas que rodean al niño, como padres y maestros, aporten con un diagnóstico temprano.

3.- PROBLEMA:

Existen pocos maestros que aceptan el reto con entusiasmo y seguridad de trabajar con niños con TDAH, se miran entre ellos, muchos bajan su cabeza y parece ser que la mayoría no están dispuestos a tener en sus aulas a estos alumnos.

Esta es la actitud que han demostrado muchos maestros en diferentes partes del mundo, al hablar de niños con TDAH, por lo que se hace necesario preguntarse ¿Por qué esta actitud? (Lajas, 2010)

La falta de entusiasmo y de seguridad podría ser porque no saben cómo enfrentarse y abordar este problema: el miedo, una pedagogía inadecuada, el no saber de dónde viene la conducta de estos niños, la falta de formación y conocimiento del TDAH, no permite que el maestro pueda enfrentar este reto.

Los maestros a diario se enfrentan con estos problemas en todo el mundo, porque los niños con TDAH están en casi todas las aulas de las escuelas y el maestro muchas veces no tienen las condiciones necesarias ni la formación para responder adecuadamente a las necesidades de estos niños que aprenden de manera diferente, tomando en cuenta que el conocimiento sobre el tema puede cambiar la actitud apacible del maestro y este cambio puede mejorar y hacer la diferencia en la vida de una persona.

Es evidente, que “el que no sabe no puede ver”, por lo tanto ¿Cómo puede un maestro diferenciar conductas de los niños que presentan TDAH, de las de los niños perezosos, sobreprotegidos, desinteresados o que se portan mal? (Gonzales, 2010).

4.- OBJETIVO GENERAL:

- Describir los conocimientos de los maestros de la Escuela Luis Cordero Crespo con respecto al TDAH.

**Objetivos específicos:**

- Profundizar desde la teoría que es el TDAH y cómo se diagnostica.
- Indagar como concibe el maestro al TDAH.
- Establecer los conocimientos más comunes entre los maestros respecto al TDAH.

5.- MARCO CONTEXTUAL:

En España Sonia Jarque, Raúl Tárraga y Ana Miranda Casas en su estudio Los conocimientos, concepciones erróneas y lagunas sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) realizadas en el 2007 con la participación de 193 maestros, a quienes se les aplicó el Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (KADDS) en su versión española, ellos la adaptaron, cuyo objetivo es evaluar los conocimientos del TDAH en tres áreas de contenido: conocimientos generales, síntomas/diagnóstico y tratamiento. Los maestros tenían más conocimientos en la sintomatología y diagnóstico que en las otras dos, además determinaron que su conocimiento aumentaba según los años de experiencia con niños hiperactivos.

En Cuba la Lcda. Gladis Castillo Santiago en su investigación Superación de los maestro primarios en el tratamiento al niño con DFAH, realizada en el 2005 recalca la importancia de que el maestro de la escuela primaria se sienta asesorado y apoyado en su labor por otros especialistas con experiencia en el trabajo con niños con déficit atencional. De esta manera se garantiza que los niños reciban la atención que merecen y el maestro vaya adquiriendo las técnicas y métodos que en lo adelante le permitirán enfrentar situaciones similares con éxito y cada vez con mayor independencia y creatividad, lo que también posibilitará una mejor preparación del maestro para la atención a las necesidades educativas especiales.

Por otro lado no existen investigaciones similares en la ciudad de Cuenca, pero sobre el TDAH hay varios estudios dirigidos al tratamiento.

Gutiérrez Paola y Panamá Patricia en su tesis Terapia de Juego como estrategia para niños de 4 a 6 años para afrontar el TDAH, en el 2009 expresan que la terapia de juego permite, al niño/a expresar, manifestar sus sentimientos, sufrimientos, emociones, entre otras, y al terapeuta le permite



identificar las causas de la conducta y a su vez intervenir de una manera dinámica y participativa.

En su investigación, se ha podido analizar que los padres, maestros y terapeutas, pueden identificar, comprender e intervenir en las características conductuales que presentan los niños/as con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, mediante métodos, técnicas psicoterapéuticas y psicopedagógicas en donde se le ayudará al niño y a la familia a que acepten y aprendan a manejar sus conducta.

Como puede observarse las investigaciones se dirigen al tratamiento más no a cómo realiza un diagnóstico oportuno.

6.- MARCO TEÓRICO:

EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

CONCEPTO

El déficit de atención con o sin hiperactividad es un tema del que se habla con frecuencia en este último tiempo, principalmente porque se estima que afecta entre el 3% y el 7 % de los niños/as en edad escolar según indican cifras de la DSM IV- R1. "El TDAH es un trastorno de origen neurobiológico que se define por tres características bien definidas, estas son: hiperactividad, impulsividad e inatención, las cuales pueden presentarse solas o combinadas de acuerdo al caso". (MILICIC, CONDEMARIN, 1994pág. 94).

Se definen tres subtipos de TDAH presentes en las personas

- **TDAH con hiperactividad e impulsividad:** el síntoma que domina es la hiperactividad motora y verbal.
- **TDAH con inatención:** En donde el síntoma predominante es la falta de atención y concentración.
- **TDAH combinado:** En donde la persona manifiesta síntomas de inatención y de hiperactividad motora y verbal.



Como causas del TDAH se citan:

Genéticas – traumáticas – infecciosas – tóxicas – perinatales – familiares – culturales.

Otros autores dicen que el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) es el trastorno neurobiológico más frecuente en la infancia. Se estima que lo padece el 5% de la población infantil juvenil, lo que equivale a uno o dos niños por aula. La convivencia con un niño o adolescente con TDAH no suele ser fácil. Este trastorno puede ocasionar serios problemas en el desarrollo de una persona, entre ellos, una disminución del rendimiento académico, dificultades en la adaptación social y como resultado, serios desajustes emocionales (Fulgencio, pág. 5).

Según la Fundación de Neuropsicología clínica, en Buenos Aires Argentina dice que El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es una patología de base neurobiológica que se expresa, principalmente, a través de manifestaciones conductuales. Constituye uno de los problemas más comunes de la infancia: lo padece aproximadamente el 5% de la población infantil, según estimaciones conservadoras, y es tres veces más frecuente en los varones que en las niñas. Este trastorno tiene típicamente tres características: inatención, impulsividad, e hiperactividad. Las mismas se dan en una proporción mayor a la esperable por la edad del niño y, por lo menos una de estas características, debe aparecer antes de los 7 años de edad. Cabe aclarar que puede también presentarse en forma parcial como Déficit de Atención sin Hiperactividad, o Hiperactividad e Impulsividad sin problemas atencionales. Los niños que padecen este síndrome suelen tener un rendimiento escolar inferior al que les correspondería por su capacidad intelectual, el 30% repite por lo menos un grado escolar, y suelen tener dificultades para cumplir con las pautas y responder a los límites que se les pone en casa y en la escuela. Por esta razón, reciben más retos y castigos, y requieren mayor supervisión de sus padres para poder cumplir con sus obligaciones. Por otra parte, su tendencia a actuar antes de pensar (impulsividad), así como sus problemas de atención, contribuye a que sean más propensos a sufrir accidentes que los que no tienen el síndrome. Es frecuente que desarrollen problemas de conducta que



complican su manejo tanto para sus maestros como para sus padres, así como también trastornos depresivos y de ansiedad.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico diferencial y comorbilidad

El diagnóstico en el caso del TDAH , por tratarse de un cuadro detectable solo por medio de la sintomatología debe guiarse mediante el uso de ciertos criterios, los cuales están establecidos por la DSM – IV y el CIE 10, los cuales son dos referentes que sirven de apoyo al profesional de la salud que realiza esta tarea.

Actualmente los criterios contenidos en el DSM-IV son los más usados, tanto a nivel nacional como internacional.

- a) Debe tener presente los síntomas antes de los 7 años
- b) Debe presentar síntomas en dos o más lugares (casa, escuela, etc.)
- c) Presentar evidencia de que los síntomas influyen en varias dimensiones de su vida: familiar, escolar, etc.
- d) Separar previamente de otros trastornos del desarrollo similares: tales como ansiedad, consumo de sustancias como alcohol, drogas o medicamentos.
- e) Debe cumplir 6 o más de los síntomas siguientes para el déficit de atención y/o hiperactividad, síntomas que deben estar presentes por más de 6 meses.

SÍNTOMAS

Síntomas del Déficit de atención (inatención)

1. No pone atención a los detalles, comete errores frecuentemente por descuido
2. Tiene dificultades para mantener la atención en tareas y juegos
3. No parece escuchar lo que se le dice cuando se le habla directamente



4. No sigue instrucciones, no termina las tareas en la escuela, no termina los encargos a pesar de entenderlos.
5. Dificultades para organizar las tareas y actividades
6. Evita o rechaza las tareas que demanden hacer un esfuerzo
7. Pierde útiles o cosas necesarias para sus tareas o actividades diarias (lápices, libros, cuadernos, etc.)
8. Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes
9. Olvidadizo/a en las actividades diarias.

Síntomas de Hiperactividad – impulsividad

1. Molesta moviendo las manos o los pies mientras está sentado/a
2. Se levanta del puesto en la sala o en otras situaciones en donde debe estar sentado/a
3. Corre, salta, trepa...en situaciones inadecuadas.
4. Dificultades para relajarse o mantenerse quieto en situaciones o juegos que lo requieran.
5. Esta continuamente en movimiento como si tuviese un motor por dentro
6. Habla excesivamente
7. Contesta o actúa antes de que terminen de formular la pregunta o instrucción
8. Tiene dificultades para esperar turnos en los juegos
9. Interrumpe los juegos o las conversaciones de los demás

Teniendo en cuenta los criterios e indicadores enunciados anteriormente es necesaria una recopilación de datos informativos del paciente (anamnesis), y abarcar otros ámbitos.

Respecto a la comorbilidad se estima que más de un 50% de los niños con TDAH presentan asociación con otras psicopatologías y que esta tiende a incrementarse con el tiempo. Es necesario aclarar que los rangos de comorbilidad dependerán de la edad, sexo, nivel socioeconómico, entre otros antecedentes que esté a disposición, también es importante que haya estudios



del diagnóstico respecto a la comorbilidad debido a que la presencia de otras patologías que se asemejan al TDAH puede interferir en el tratamiento.

MANIFESTACIONES DEL TDAH.

Después de analizar los síntomas dados por el DSM_IV, existen ciertas manifestaciones que se pueden presentar en niños con TDAH. Como se explica a continuación.

Manifestaciones relacionadas con la falta de autocontrol motor y la impulsividad.

En los niños más pequeños (entre 3 y 10 años) se da una actividad motriz gruesa y a partir de los 10 años encubren esta necesidad de moverse continuamente bajo una actividad motriz más fina. Algunas conductas derivadas de la excesiva actividad motora pueden ser:

- Se levantan con frecuencia, no permaneciendo mucho tiempo sentados.
- Molestan e interrumpen al resto de compañeros de un modo no intencionado.
- Corre por pasillos y escaleras tanto a la entrada como a la salida de clase.
- Tienen dificultad para prever qué va a suceder o cuales pueden ser las consecuencias de sus actos.

Manifestaciones relacionadas con la falta de atención y la memoria de trabajo.

La atención es un proceso complejo que requiere seleccionar lo relevante entre lo irrelevante, mantener la alerta durante un tiempo determinado, o realizar actividades evitando distractores. Así, estos niños presentan problemas para ejercer el control de su atención:

- Presentan dificultades para mantener la atención en situaciones en las que los estímulos recibidos son lentos y monótonos.
- Durante las explicaciones parece no escuchar, pinta sus cuadernos y se entretiene con cualquier cosa.



- Se distrae durante las explicaciones aunque inicialmente comience atendiendo.
- No finaliza las tareas a tiempo, por el mayor agotamiento que para ellos suponen, por la baja resistencia a los estímulos distractores, por la falta de control del tiempo, porque les resulta difícil realizarla o porque su hiperactividad motriz se lo impide.
- Comete errores en los ejercicios por falta de atención.
- Encuentran mayor dificultad para recuperar de su memoria aquello que aprendieron con anterioridad.
- Tienen dificultades para consolidar sus aprendizajes sobre todo si la enseñanza es más teórica que experimental.
- Les resulta difícil recordar con detalle lo sucedido ya que lo envuelven de una gran subjetividad que, en ocasiones, les lleva a desfigurar los hechos.
- Muestran un retraso en la interiorización del lenguaje y en su utilización en el proceso de pensamiento.

Manifestaciones relacionadas con la baja tolerancia a la frustración y el deseo de reconocimiento.

En este sentido debemos destacar la inmadurez y la gran dependencia emocional que caracteriza a este tipo de niños. De esto se derivan conductas como:

- Tratar de llamar la atención de los demás, hacer el payaso, contestar al profesor para convertirse en el centro de la atención de sus compañeros.
- Teme fracasar, miente, esconde los trabajos y no reconoce que tiene los deberes.
- Se irrita ante cualquier corrección del profesor, reaccionando y contestando mal.
- Parecen menos objetivos al analizar los acontecimientos, muestran mayor dependencia emocional del entorno.
- Presentan mayor dificultad para auto motivarse, para analizar los propios sentimientos y tomar las medidas necesarias para salir de estados de ánimo negativos como la ansiedad, la tristeza o la frustración.



Manifestaciones relacionadas con la capacidad de la organización y planificación.

Este tipo de dificultades se hace más evidente con la edad y principalmente en Educación Secundaria. Así se pone de manifiesto que:

- Olvida traer los deberes, los libros o el material.
- Tarda mucho tiempo en cambiar los materiales de una asignatura a otra.
- Su mesa siempre está muy desorganizada.
- No anota los deberes o tareas pendientes de realizar.
- Escribe de modo desorganizado sin respetar márgenes ni espacios dentro del cuaderno.
- No termina los exámenes, se salta y olvida preguntas, etc.
- Muestran dificultades en la percepción y el control del tiempo.
- Tienen pobres habilidades de organización de la conducta en el tiempo.
- Hacen menos referencias a hechos del pasado y del futuro y, en ocasiones, muestran alteraciones en la utilización de los conceptos temporales.

Manifestaciones en relación con los compañeros.

Suelen estar presentes en los casos en los que predomina la hiperactividad/impulsividad, mientras que los niños con predominio de desatención no suelen ser conflictivos respecto a las relaciones con los otros compañeros. Algunas de las dificultades de relación con los iguales más frecuentes son:

- Muestra comportamientos más infantiles de su edad y no encaja bien con sus compañeros.
- Se enfada con sus compañeros cuando las cosas no salen como él espera, debido a su escasa tolerancia ante la frustración.
- Reacciona de modo desproporcionado ante sucesos de menor importancia. Toma rabietas y contraataca.
- Tiene dificultad para aceptar y seguir las normas que se establecen en las situaciones lúdicas comunitarias.
- Muestran mayor dificultad para comportarse conforme a unas reglas ya sean impuestas, acordadas por sus compañeros o generadas por el mismo.



- Presentan dificultades en las tareas que requieren cooperación, participación y tener en cuenta las consecuencias para los otros (Segura, 2007).

Tratamiento del TDAH

Para abordar el TDAH es necesario entender que por tratarse de un síndrome no tiene cura. En la actualidad existen múltiples estudios que señalan que si el TDAH es diagnosticado a tiempo y se trata desde múltiples dimensiones, mejorara significativamente el desarrollo del niño.

El tratamiento farmacológico

Actualmente para tratar los síntomas del TDAH se administran fármacos psicoestimulantes, los cuales ayudan a disminuir la actividad motora y a mantenerse más atentos y más concentrados en una tarea determinada, lo cual no significa que los fármacos sean suficientes para tratar el TDAH, ya que su empleo se inserta dentro de un programa de apoyo integral al niño/a. La labor de estos medicamentos es ser reguladores neurobioquímicos que se le proporcionan a los pacientes, en espera de la maduración del SNC, y claramente no tienen efectos curativos, pero ayudan significativamente a que los niños/as se adecuen mejor a las demandas del medio, que logren un mejor rendimiento escolar, que mejoren en sus relaciones interpersonales, etc.

7.- PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- 1) ¿Qué es y cómo se diagnostica el TDAH?
- 2) ¿Qué conocen los maestros del TDAH?
- 3) ¿Cuáles son los conocimientos más comunes de los maestros respecto al TDAH?



8.- ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Población y la muestra.

La población del presente estudio serán los 35 maestros que laboran en la Escuela Luis Cordero Crespo, del cantón Cuenca, situada en la parroquia San Blas. La muestra estará integrada por 30 maestros y se seleccionara por método aleatorio.

El estudio se desarrollará desde un diseño cuantitativo a nivel descriptivo, con un enfoque observacional.

9.- PROCESO METODOLÓGICO

Como técnica para la recolección de la información se utilizará una encuesta aplicada a los maestros y las maestras de la institución.

El formulario de encuesta que se aplicará corresponde a la “ESCALA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN” (Sciutto, Terjeser y Bender, 2000) (Adaptada por Sonia Jarque, Raúl Tárraga y Ana Miranda Casas)

El análisis de los datos para las variables del formulario, nominal y ordinales incluirá el cálculo de frecuencias porcentuales y para el análisis de las variables de intervalo se determinarán medidas de tendencia central y de dispersión. Por el número de participantes de estudio se podrán proponer generalizaciones mediante intervalos de confianza de la media y de la proporción con un error porcentual del 5%.



10.- PLAN DE IMPLEMENTACION

PLAN DE IMPLEMENTACION (DIAGRAMA DE GANTT)										
ORD	OBJETIVOS		ACTIVIDADES	TIEMPO						
	GENERAL	ESPECIFICOS		De Julio 2013 a Enero del 2014						
				PERIODO 1	PERIODO 2	PERIODO 3	PERIODO 4	PERIODO 5	PERIODO 6	PERIODO 7
				JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
OE - 01	Determinar cual es el conocimiento de los maestros con respecto al TDAH.	Profundizar desde la teoría que es el TDAH y cómo se diagnostica.	Revisión bibliografica	X	X	X	X	X	X	X
Construcción del Marco Teórico			X	X						
OE - 02		Consultar cómo concibe el maestro al TDAH.	Aplicación del Cuestionario KADD			X				
					X	X				
OE - 03		Establecer los conocimientos más comunes entre los maestros respecto al TDAH.	Elaboración del informe de Resultados				X	X		
			Construcción del Informe final de Investigación.						X	X



11.- ESQUEMA DEL INFORME FINAL

TENTATIVA DE CAPÍTULOS

CAPÍTULO I

1.- MARCO TEÓRICO

1.2 Historia del Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

1.3 Diversos conceptos del TDAH

1.4 Clases de TDAH

1.5 Diagnóstico

1.6 Síntomas

1.7 Tratamiento

1.8 Tratamiento farmacológico

CAPÍTULO II

2.- MANIFESTACIONES DEL TDAH

2.1.-Manifestaciones relacionadas con la falta de autocontrol motor y la impulsividad.

2.2.- Manifestaciones relacionadas con la falta de atención y de la memoria de trabajo.

2.3.-Manifestaciones relacionadas con la baja tolerancia a la frustración y el deseo de reconocimiento.

2.4.-Manifestaciones relacionadas con la capacidad de la organización y la planificación.

2.5.- Manifestaciones en la relación con los compañeros



CAPÍTULO III

3.- RECOLECCION Y ANÁLISIS DE DATOS

- 3.1.- Organización de datos.
- 3.2.- Procesamiento y análisis de datos.
- 3.3.- Informe de resultados.
- 3.4.- Conclusiones.
- 3.5.- Recomendaciones.

Fuentes de información(Cardona Martha, Diccionario Pedagogico)(Javier, 2010)

12.- BIBLIOGRAFÍA

- Soutullo, César. (2008). Convivir con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de atención e hiperactividad. Madrid España: Médica Panamericana.
- Soutullo, C., & Díez, A. (2007). Manual de Diagnóstico y tratamiento del TDAH. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Conxita, P., & Cristina, B. (2000). "Qué le pasa a mi hijo" Trastornos psicológicos del niño. Barcelona España: Océano S.A.
- Madrid. F (s.f.). Guía práctica para padres. El niño con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. España.
- Jarque, S., Tarraga, R., & Casas., a. M. (2007). Los conocimientos, concepciones erróneas y lagunas sobre el trastorno del Déficit de Atención con hiperactividad. España.



- Gonzáles.J. (7 de Febrero de 2010). El maestro y el TDAH. Madrid, España.
- Condemarin,M., Gorostegui, E. M., & Neva., M. (2007). Estrategias para el diagnóstico y la intervención psicopedagógica. España: Editorial Ariel
- Cardona, M., Reina, M., & Cardona,M. (2011). Diccionario Pedagógico Dificultades en el aprendizaje de la A a la Z. Bogotá Colombia: Continente Editores S.A
- Gutiérrez, P., & Panamá, Paola. (2009). La terapia de juego como estrategia para niños de 4 a 6 años para afrontar el TDAH. Cuenca Ecuador.
- Rocío, L., & Juan, R. (2010). El TDAH ¿Qué es? ¿qué lo causa? ¿cómo evaluarlo y tratarlo? Ediciones Pirámide S.A.
- Vanessa, D. (17 de Octubre de 2011). Estrategias de Intervención para niños con TDAH. Beat Psicología infantil. Mérida, Yucatán, México. Obtenido de <http://www.beatpsicologia.com>

**ANEXO 2****ESCALA DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN****“ESCALA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS TRASTORNOS
POR DÉFICIT DE ATENCIÓN”
(Adaptada de Sciutto, Terjesen y Bender, 2000)**

EDAD: _____ SEXO: Mujer _____ Hombre _____ CURSO Y NIVEL
EDUCATIVO _____
LOCALIDAD: _____
PROVINCIA: _____
DIPLOMATURA/LICENCIATURA: _____
ESPECIALIDAD: _____

Por favor, contesta las siguientes preguntas:

¿HAS RECIBIDO FORMACIÓN SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)? _____

En caso afirmativo, ¿Qué tipo de formación?

- ☐ Asignatura de la carrera
- ☐ Charlas o conferencias en congresos
- ☐ Cursos de formación continua
- ☐ Másters u otros cursos de postgrado
- ☐ A través de asociaciones de padres de niños con TDAH, ONGs, etc.
- ☐ Otros(especificar cuál): _____

Señala aproximadamente el número de horas que has recibido formación
específica sobre el TDAH: _____

¿HAS TENIDO ALGUNA EXPERIENCIA DOCENTE EN EL ÁMBITO
EDUCATIVO?

En caso afirmativo, ¿Qué tipo de experiencia? _____

¿Durante cuánto tiempo? _____



¿HAS TENIDO ALGUNA EXPERIENCIA DOCENTE CON NIÑOS HIPERACTIVOS EN CONTEXTOS ESCOLARES?

En caso afirmativo, ¿Qué tipo de experiencia? _____

¿Durante cuánto tiempo? _____

¿HASTA QUÉ PUNTO CONSIDERAS QUE PUEDES ENSEÑAR DE FORMA EFECTIVA A UN NIÑO CON TDAH? Contesta teniendo en cuenta que 1 es el extremo inferior (no preparado para enseñar de forma efectiva a un niño con TDAH) y 7 es el extremo superior (totalmente preparado).

1 2 3 4 5 6 7

Por favor, responde a las siguientes cuestiones sobre el trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Rodea “V” si crees que la respuesta es cierta, “F” si crees que es falsa, y “NS” si no la sabes. Si no estás seguro de la respuesta, responde “No lo sé”. NO INTENTES ADIVINARLA.

1.- La mayoría de los estudios sugieren que el TDAH afecta a aproximadamente un 15% de los niños en edad escolar.	V	F	NS
2.- La investigación actual sugiere que el TDAH es, en gran medida, el resultado de la falta de capacidad de los padres.	V	F	NS
3.- Los niños con TDAH se distraen frecuentemente con estímulos externos.	V	F	NS
4.- Los niños con TDAH son normalmente más obedientes con sus padres que con sus madres.	V	F	NS
5.- Para que un niño pueda ser diagnosticado de TDAH, los síntomas deben haber aparecido antes de los 7 años.	V	F	NS
6.- El TDAH es más frecuente en parientes de primer grado biológico (ej. padre, madre) de los niños con TDAH, que en la población general.	V	F	NS
7.- Uno de los síntomas centrales de los niños con TDAH es que son crueles físicamente con los demás.	V	F	NS
8.- Los antidepresivos han sido eficaces para reducir los síntomas de muchos niños con TDAH	V	F	NS
9.- Los niños con TDAH a menudo se mueven y retuercen en sus asientos.	V	F	NS
10.- La formación a padres y a maestros en el manejo de un niño con TDAH suele ser eficaz cuando se combina con la medicación que se suele prescribir a estos niños.	V	F	NS
11.- Uno de los síntomas fundamentales de los niños con TDAH es que tienen un sentido inflado o exagerado de la	V	F	NS



autoestima (grandiosidad)			
12.- Cuando el tratamiento de un niño con TDAH se ha terminado, es raro que los síntomas del niño vuelvan a aparecer.	V	F	NS
13.- Es posible que un adulto sea diagnosticado con TDAH, siempre y cuando los síntomas hayan aparecido en la infancia.	V	F	NS
14.- La mayoría de los niños con TDAH tienen un historial de robo y destrucción de las propiedades ajenas.	V	F	NS
15.- Los efectos secundarios de las medicaciones estimulantes empleadas para el tratamiento del TDAH pueden incluir reducción del apetito e insomnio moderado.	V	F	NS
16.- La literatura actual sobre el TDAH sugiere que existen dos grupos de síntomas: a) inatención, y b) hiperactividad-impulsividad	V	F	NS
17.- Los síntomas depresivos se encuentran más frecuentemente en los niños con TDAH que en los niños sin TDAH.	V	F	NS
18.- La psicoterapia individual es normalmente suficiente para el tratamiento de la mayoría de los niños con TDAH.	V	F	NS
19.- En la mayoría de los niños con TDAH los síntomas remiten en el inicio de la pubertad y, como consecuencia, su comportamiento ya es normal en la edad adulta.	V	F	NS
20.- En casos severos de TDAH, la medicación es empleada a menudo antes de que se intenten utilizar otras técnicas como las técnicas de modificación de conducta.	V	F	NS
21.- Para que un niño pueda ser diagnosticado de TDAH debe presentar síntomas centrales en dos o más contextos (ej. casa y escuela).	V	F	NS
22.- Si un niño con TDAH demuestra que tiene capacidad de atención sostenida con la televisión o los videojuegos durante una hora, este niño es también capaz de tener atención sostenida durante al menos una hora de clase o de realización de los deberes en casa.	V	F	NS
23.- Reducir la ingesta de azúcar en la dieta o los aditivos en las comidas suele resultar efectivo para reducir los síntomas de TDAH.	V	F	NS
24.- Cuando un niño tiene un diagnóstico de TDAH suele recibir servicios de educación especial para reducir los síntomas centrales del trastorno.	V	F	NS
25.- La medicación estimulante es el tipo de medicación más empleada para tratar a los niños con TDAH.	V	F	NS
26.- Los niños con TDAH presentan a menudo dificultades para organizar las tareas y las actividades.	V	F	NS



27.- Los niños con TDAH normalmente experimentan más problemas en los contextos novedosos que en los contextos familiares.	V	F	NS
28.- Hay características físicas específicas que pueden ser identificadas por los médicos para hacer un diagnóstico definitivo de TDAH.	V	F	NS
29.- Entre los alumnos de edad escolar, la prevalencia del TDAH en niños y en niñas es equivalente.	V	F	NS
30.- Entre los niños pequeños (menores de 4 años), se pueden distinguir las conductas problemáticas características de los niños con TDAH (ej. hiperactividad, inatención) de las conductas apropiadas para esa edad.	V	F	NS
31.- Los niños con TDAH se distinguen más de los niños sin TDAH en contextos escolares que en situaciones de juego libre.	V	F	NS
32.- La mayoría de los niños con TDAH presentan en alguna medida resultados académicos pobres en la etapa de primaria en comparación con los niños de su edad.	V	F	NS
33.- A menudo los síntomas de TDAH también se observan en niños sin TDAH que proceden de ambientes familiares caóticos e inadecuados.	V	F	NS
34.- Las intervenciones psicológicas/conductuales para niños con TDAH se centran principalmente en los problemas de los niños con inatención.	V	F	NS
35.- La terapia electroconvulsiva (ej. tratamiento de shock) ha demostrado ser un tratamiento efectivo para casos severos de TDAH.	V	F	NS
36.- Los tratamientos para el TDAH que se centran fundamentalmente en el castigo son los más efectivos para reducir los síntomas.	V	F	NS
37.- La investigación ha demostrado que el uso prolongado de estimulantes pueden conducir a una adicción en la edad adulta (ej. abuso de drogas).	V	F	NS
38.- Si un niño responde a las medicaciones estimulantes (ej. Ritalin), probablemente tiene TDAH.	V	F	NS
39.- Los niños con TDAH generalmente muestran una adhesión inflexible a rutinas específicas que no persiguen un objetivo concreto (rituales).	V	F	NS

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN